



PORT/GGDRH/Nº 61.755 de 08 de Agosto de 2022

MARCELO OLIVEIRA, Prefeito do Município de Mauá, com fundamento no artigo 92, inciso II, alínea "a" da Lei Orgânica do Município, e tendo em vista o resultado final e homologação do Concurso Público nº 01/2020, Processo Administrativo nº 45/2020, **resolve**:

Artigo 1º — Nomear, a partir de **09/08/2022**, em caráter efetivo, os candidatos relacionados no Anexo II da presente portaria, para os respectivos cargos.

Artigo 2º — A posse dar-se-á em **23/08/2022**.

Artigo 3º — O exercício dar-se-á em **25/08/2022**.

Artigo 4º — Para providências de nomeação, posse e exercício, previstos nos artigos 8, 21 a 25 da Lei Complementar nº 01, sob pena do contido no § 5º do artigo 22 e "caput" do artigo 25 da respectiva Lei, os candidatos nomeados deverão comparecer e cumprir obrigatória e rigorosamente todos os prazos e orientações descritos no Anexo I e Anexo II da presente portaria.

Artigo 5º — Os procedimentos referentes a documentação e formulários estão disponíveis no Anexo III da presente portaria e deverão ser rigorosamente providenciados conforme instruções descritas no anexo.

Prefeitura do Município de Mauá, 08 de Agosto de 2022


Marcelo Oliveira
Prefeito

Registrada na Gerência de Gestão e Desenvolvimento em RH.
Publique-se na imprensa local, nos termos da Lei Orgânica do Município.


Eleni de Cássia Rodrigues Rubinelli
Secretário Municipal
Secretaria de Administração e Modernização



CONVOCAÇÃO PARA ATRIBUIÇÃO DE VAGAS

1. Os candidatos convocados deverão comparecer na Av. João Ramalho 205, Vila Noêmia, Mauá, Paço Municipal, para providências de esclarecimento a respeito da documentação e assinatura de ciência da convocação, munidos de cópias simples e acompanhados dos originais dos documentos abaixo relacionados e conforme cronograma de convocação (Anexo II) e com 15 (quinze) minutos de antecedência:
 - a) Diploma ou certificado do curso de formação de acordo com os requisitos exigidos para o exercício do cargo;
 - b) Certidão e/ou declaração emitida pelo órgão competente em que conste cargo, função ou emprego público exercido naquele órgão, horário de trabalho para comprovação de acúmulo lícito de cargo, função ou emprego público, inclusive com a informação do tipo de vínculo empregatício; (Somente para cargos permitidos o acúmulo lícito de cargo)
 - c) Documento de identificação com foto.
2. As vagas serão direcionados de acordo com a necessidade da Prefeitura, **não havendo possibilidade de escolha de local e horário de trabalho**, exceto para docentes e cargos privativos para a área da Saúde com profissões regulamentadas, conforme art. 37, XVI, alíneas "a", "b" e "c" da Constituição Federal.
3. Caso as condições oferecidas não atendam à disponibilidade dos candidatos, os mesmos deverão assinar termo de desistência e serão eliminados do concurso público.
4. A escolha de vagas (para cargos permitidos o acúmulo lícito de cargo) e a assinatura de ciência da convocação se realizará no dia, horário e local estabelecidos, obedecendo rigorosamente a ordem de convocação/classificação, sendo que os mesmos serão chamados nominalmente, utilizando-se, para isso, a lista de classificação final.
5. O não comparecimento no dia e horário mencionado na convocação, conforme descrito na Anexo II, implicará na desistência e eliminação do concurso público, não cabendo recurso.
6. A entrega de documentos será na Av. João Ramalho 205, Paço Municipal, nas datas e horários conforme descrito no cronograma de convocação (Anexo II).

CONVOCAÇÃO PARA EXAME ADMISSIONAL

I – Ampla concorrência

1. A convocação para exame médico pré-admissional obedecerá rigorosamente à ordem de classificação dos candidatos aprovados no cargo de sua opção, observada a necessidade da Prefeitura do Município de Mauá.
2. Os candidatos convocados, conforme Anexo II da presente portaria, deverão comparecer ao Departamento de Saúde no Trabalho, no 1º andar do Paço Municipal, na Avenida João Ramalho 205, Mauá/SP, nas datas e hora indicadas.
3. Estando o candidato incapacitado por razões médicas de comparecer na data indicada,



poderá encaminhar um familiar que, por meio de documento comprove o grau de parentesco, apresentando ainda a Cédula de Identidade do candidato e laudo médico de incapacidade, justificará sua ausência e solicitará prorrogação do exame médico.

4. Caso seja testado positivo para a COVID-19, encaminhar atestado médico e resultado do teste. Endereço eletrônico: concursos@maua.sp.gov.br. A justificativa deverá ser encaminhada até 24h da sua apresentação para atribuição de vagas/exame médico admissional/entrega de documentos. O encaminhamento posterior implicará na desistência da vaga e eliminação do presente concurso público.

5. Os candidatos convocados **deverão realizar, às suas expensas, os exames médicos exigidos para cada cargo**, conforme descrito no **Anexo I**, e outros exames e/ou procedimentos que forem julgados necessários pelo Médico do Trabalho.

6. O Departamento de Saúde no Trabalho, caso entenda necessário, poderá exigir a realização de exames complementares, além daqueles descritos no Anexo I, em razão da especificidade do cargo e função a ser ocupado pelo candidato, concedendo um prazo adicional máximo de 10 (dez) dias para a entrega dos resultados e realização de novo exame médico.

7. Os exames exigidos no Anexo I, bem como os possíveis exames complementares, deverão apresentar seus laudos datados de, no máximo, 30 (trinta) dias para exames de sangue, urina e fezes e, no máximo 90 (noventa) dias para exames com laudo e imagem, anteriores à data da marcação do exame médico pré-admissional (Anexo II).

8. A realização dos exames é de responsabilidade do próprio candidato, ocorrerá às suas expensas, em laboratório de livre escolha.

9. Os candidatos considerados inaptos no exame médico pré-admissional terão sua nomeação revogada, conforme item 9.7 do edital de abertura de inscrições.

10. Será eliminado do concurso público, o candidato que não entregar os resultados de exames admissionais ao Departamento de Saúde no Trabalho, no prazo estabelecido nesta nomeação/convocação.

11. No exame médico pré-admissional, todos os candidatos deverão responder ao questionário de antecedentes clínicos, que lhe será fornecido na data da realização do exame.

12. Na data da realização do exame médico pré-admissional, o candidato deverá apresentar os seguintes documentos:

a. Documento original de identidade, com foto e assinatura

b. Resultado original dos exames médicos, conforme descrito no Anexo I, com respectivos laudos.

13. Na falta do documento de identificação e/ou resultado dos exames médicos, o candidato não será submetido ao exame médico pré-admissional, sendo, portanto, eliminado do concurso público.

14. A relação dos exames é o contido no Anexo I.

15. O resultado de aptidão do exame médico pré-admissional deverá ser apresentado no ato da entrega da documentação admissional, caso já tenha realizado o exame. Caso realize o exame médico pré-admissional após a entrega da documentação admissional,



este deverá ser entregue na Gerência de Recursos Humanos no mesmo dia do exame.

II – Portadores de deficiência

1. O candidato inscrito como portador de deficiência, paralelamente à realização do exame médico pré-admissional de que trata este edital, será submetido à inspeção médica para caracterização de deficiência declarada no momento de inscrição no concurso público, trazendo consigo laudo médico comprovando a deficiência emitido nos últimos 90 dias.
2. A inspeção médica será realizada pelo Departamento de Saúde no Trabalho que decidirá sobre a caracterização do candidato como portador de deficiência, segundo os critérios dispostos no artigo 4º, do Decreto Federal nº 3.298/1999, e alterações, e verificará a compatibilidade da deficiência com o exercício do cargo.
3. Concluindo a inspeção médica pela não caracterização de deficiência do candidato, para fins de reserva de vagas, o candidato será excluído da lista de classificação específica de portadores de deficiência e permanecerá na lista de classificação da ampla concorrência.
4. O candidato portador de deficiência deverá obedecer ao disposto aos candidatos de ampla concorrência (itens 1 a 15 do inciso anterior).



ANEXO I

Exames Médicos e Laboratoriais

Médico Regulador

1. Anti-HBS e Anti-HCV
2. Hemograma Completo
3. PPF
4. Urina Tipo I
5. Carteira de Vacina Covid (Cópia e Original) ou Comprovante digital de vacinação

Avaliações Otorrinolaringologista, Oftalmologista e Exames de imagem têm validade de 3 meses.

Demais Exames Laboratoriais têm validade de 30 dias.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E MODERNIZAÇÃO
GERÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO EM RH

ANEXO II

MÉDICO REGULADOR

Classificação	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exames Admissionais
1	BRUNO FONSECA BERTOLDO	18/08/22 -9H	23/09/22 – 10H	23/08/222 – 9H
2	GLAUCIA D ANDRETTA ROMA	18/08/22 -9H	23/09/22 – 10H	23/08/222 – 9H

ANEXO III

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES ABAIXO

Prezado Candidato(a),

Os formulários a seguir deverão ser impressos e preenchidos de forma legível e sem rasura, de preferência em letra de forma maiúscula, e entregues dentro de um envelope grande, juntamente com os documentos relacionados, na data da apresentação dos documentos.

Os documentos deverão ser entregues, rigorosamente, na ordem da lista de documentos.

As cópias deverão ser tiradas em folha tamanho A4 e não poderão ser recortadas nem tampouco dobradas ou grampeadas.

Optando pelo convênio médico, trazer cópias extras dos documentos, conforme relacionado no Termo de Opção do Convênio.

Caso a documentação não esteja de acordo com o estabelecido acima, o processo de admissão não terá seguimento, devendo o candidato retornar em nova data, conforme orientado pelo setor de Admissão.

Todos os documentos exigidos são absolutamente necessários.

CONCURSO 01/2020

Alguns documentos devem ser pesquisados em sites e impressos, sem a necessidade de cópias, são eles:

- I. Consulta de Qualificação Cadastral para o e-social:
<http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/qualificacao/qualificar.xhtml>
ou
<http://esocial.dataprev.gov.br/Esocial/pages/qualificacao/resultadoqualificacao.xhtml>
- II. Atestado de Antecedentes Criminais expedido pela Secretaria de Segurança Pública:
<http://www.ssp.sp.gov.br/servicos/atestado.aspx>
- III. Comprovante de situação cadastral do CPF:
<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp>
- IV. Certidão de Quitação Eleitoral:
<https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>
- V. Declaração de beneficiário do INSS
<http://meu.inss.gov.br>
- VI. Atualização cadastral emitida pelo TCE:
<http://www.tce.sp.gov.br>

*Os demais documentos deverão ser apresentados **originais e cópias reprográficas (xerox)** no ato da admissão e todos os documentos **deverão ser entregues na respectiva ordem**, como segue:*

- 1) Preenchimento COMPLETO da Ficha Cadastral com letra de forma (legível e sem rasuras).
- 2) Declaração de Condenação.
- 3) Ato de Análise de Acúmulo de Cargos devidamente preenchido e assinado, mesmo quanto não tiver outro cargo, emprego ou função pública. E, caso o candidato tenha outro cargo, emprego ou função pública, apresentar declaração do outro órgão constando carga horária, dias e horários de trabalho.
- 4) Requerimento de Auxílio Transporte devidamente preenchido e assinado, mesmo para os casos de não opção.
- 5) Termo de Opção de Convênio Médico devidamente preenchido e assinado, mesmo em caso de não opção.
 - No caso de opção, o servidor deverá preencher e assinar também a Declaração de Saúde e anexar **todos os documentos relacionados no referido formulário**.
- 6) Consulta de Qualificação Cadastral, expedido pelo endereço eletrônico citado no **item I**.
- 7) Atestado de Antecedentes Criminais, expedido pelo endereço eletrônico citado no **item II**.
 - **Obs: não** serão aceitos protocolos expedidos pela Delegacia ou atestados emitidos por outros endereços eletrônicos que não o da Secretaria de Segurança Pública.
- 8) Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS): original e cópias das páginas da foto e do verso da foto. E da comprovação de experiência para cargos em que são exigidos por lei.
 - Caso não tenha a Carteira de Trabalho: imprimir a Carteira de Trabalho Digital (que poderá ser obtida pelo aplicativo oficial, na loja de aplicativos).
- 9) Comprovante de cadastro no PIS/PASEP/NIS/NIT
 - Caso seja o primeiro emprego, o candidato deverá comparecer a uma agência da Caixa para pegar um documento que comprove que não há nenhum PIS em seu nome e também ao Banco do Brasil para a negativa do PASEP.
- 10) Cédula de Inscrição no Cadastro de Pessoa Física (CPF).
- 11) Comprovante de situação cadastral do CPF, expedido pelo endereço eletrônico citado no

item III.

- 12) Cédula de Identidade (RG).
 - No caso de estrangeiro, cédula de identidade, visto e certidão de registro estrangeiro.
- 13) Título de Eleitor, juntamente com a certidão de quitação eleitoral expedida pelo endereço eletrônico citado no **item IV**.
 - **Obs:** as justificativas **não** serão aceitas.
- 14) Certificado de reservista se candidato do sexo masculino.
 - **Obs:** após 45 anos, isento pela Lei JSM.
- 15) Cartão Nacional de Saúde (SUS).
- 16) Comprovante de residência atual no nome do candidato.
- 17) Comprovante de escolaridade de acordo com o exigido por lei ou no edital para o exercício do cargo (diploma de graduação de nível superior ou de nível médio, devidamente assinados – juntamente com o técnico ou histórico escolar).
- 18) Certificados de cursos específicos quando a lei, o edital e cargo assim exigirem.
- 19) Registro em Conselho, com comprovante da última anuidade paga, quando a lei e/ou o cargo assim exigir.
- 20) Exclusivo para Motorista de Veículos Leves: CNH “B” e certidão de pontuação (no Detran ou Poupatempo).
- 21) Exclusivo para Motorista de Veículos Pesados: CNH “E” e certidão de pontuação (no Detran ou Poupatempo).
- 22) Exclusivo para Motorista de Veículo de Urgência: CNH “D” e certificado de conclusão de curso de Condutor em Veículo de Emergência (mínimo de 90h/aula) e 2 (dois) anos de experiência na área.
- 23) Certidão de Casamento para o caso de candidatos casados, separados, divorciados ou viúvos ou Certidão de Nascimento no caso de solteiro.
- 24) Certidão de Nascimento, RG, CPF e Cartão SUS dos filhos solteiros de zero até 21 anos de idade ou até 24 anos, se universitário. **Obs:** somente cópias.
- 25) Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS do cônjuge. **Obs:** somente cópias.
- 26) Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS dos pais **somente** se estes forem dependentes no Imposto de Renda.
- 27) Caderneta de Vacinação atualizada dos filhos menores de 6 anos.
- 28) Comprovante de Escolaridade dos filhos com até 14 anos.
- 29) Cópia da Declaração de Imposto de Renda do ano em exercício (**completa**);
 - Para os candidatos isentos de apresentação do IRPF: preenchimento da declaração de bens e valores.
- 30) Original do Atestado de Saúde Ocupacional expedida pelo Departamento de Saúde no Trabalho – conforme horário previamente agendado.
- 31) 1 foto 3x4 recente.
- 32) Declaração de Beneficiário do INSS, expedido pelo endereço eletrônico citado no **item V**
- 33) Declaração de Atualização Cadastral emitida pelo TCE após o cadastramento no CadTCESP, citado no **item VI**.
 - **Obs:** O preenchimento dos dados **NÃO** pode ser feito pelo celular, devendo-se utilizar um notebook ou desktop para tal fim.

Caso o candidato já tenha sido funcionário público, deverá apresentar declaração emitida pelo Órgão ao qual pertencia, com a data e o motivo do desligamento, se demitido ou exonerado a bem do serviço público em consequência de processo administrativo (por justa causa ou a bem do serviço público).



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E MODERNIZAÇÃO
GERÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO EM RH
DIVISÃO DE SELEÇÃO DE DESEMPENHO E QUALIDADE FUNCIONAL

FICHA CADASTRAL

FICHA BÁSICA

NOME COMPLETO					RF
CARGO					CLASSIFICAÇÃO
Possui outro contrato (trabalhando) na Prefeitura de Mauá? () Não () Sim – RF nº _____					
SEXO	ESTADO CIVIL	GRAU DE INSTRUÇÃO	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	
() M / () F			____/____/____	() Brasileira / () Estrangeira	
CTPS	SÉRIE	UF	DATA EXPEDIÇÃO	CPF	
			____/____/____		
PIS / PASEP		DATA EXPEDIÇÃO	RAÇA / COR	DEFICIENTE FÍSICO	DEFICIÊNCIA
		____/____/____		() S / () N	

FICHA COMPLEMENTAR

ENDEREÇO					
NÚMERO	COMPLEMENTO		BAIRRO		
CIDADE		CEP		TELEFONE FIXO	
TELEFONE CELULAR	CIDADE/ESTADO/PAÍS DE NASCIMENTO				
CÉDULA DE IDENTIDADE	ÓRGÃO EXPEDIDOR / UF	DATA EXPEDIÇÃO	CARTÃO SUS		
		____/____/____			
Tipo de Certidão Civil: () Certidão de Nascimento () Certidão de Casamento					
MATRÍCULA DA CERTIDÃO CIVIL		CARTÓRIO		DATA DA EMISSÃO	
				____/____/____	
REGISTRO Nº	LIVRO Nº	FOLHA Nº	CIDADE/ESTADO DA CERTIDÃO CIVIL		
PASSAPORTE Nº	ÓRGÃO EMISSOR	UF	DATA EMISSÃO	DATA VALIDADE	
			____/____/____	____/____/____	
TÍTULO DE ELEITOR	ZONA	SEÇÃO	CERTIFICADO DE RESERVISTA	CATEGORIA	
CNH	CATEGORIA	DATA EMISSÃO	DATA DA VALIDADE	1ª HABILITAÇÃO	
		____/____/____	____/____/____	____/____/____	
CONSELHO PROFISSIONAL	REGISTRO NO CONSELHO		E-MAIL PARTICULAR		

SE ESTRANGEIRO NATURALIZADO

REGISTRO Nº	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF	DATA EXPEDIÇÃO
			____/____/____

FICHA FAMILIAR

NOME DO PAI

DATA NASCIMENTO

ESTADO CIVIL

GRAU DE INSTRUÇÃO

DEPENDENTE I.R.

____/____/____

() Sim / () Não

CÉDULA DE IDENTIDADE

CPF

CARTÃO SUS

CERTIDÃO DE ÓBITO

DATA DO ÓBITO

MATRÍCULA

____/____/____

FILIAÇÃO

NOME DA MÃE

DATA NASCIMENTO

ESTADO CIVIL

GRAU DE INSTRUÇÃO

DEPENDENTE I.R.

____/____/____

() Sim / () Não

CÉDULA DE IDENTIDADE

CPF

CARTÃO SUS

CERTIDÃO DE ÓBITO

DATA DO ÓBITO

MATRÍCULA

____/____/____

FILIAÇÃO

NOME DO CÔNJUGE

DATA NASCIMENTO

ESTADO CIVIL

GRAU DE INSTRUÇÃO

DEPENDENTE I.R.

____/____/____

() Sim / () Não

CIDADE NASCIMENTO

ESTADO

PAÍS

CÉDULA DE IDENTIDADE

CPF

CARTÃO SUS

CERTIDÃO DE ÓBITO

DATA DO ÓBITO

MATRÍCULA

____/____/____

FILIAÇÃO

NOME DO FILHO

DATA NASCIMENTO

SEXO

ESTADO CIVIL

LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)

____/____/____

() M / () F

CARTÓRIO

LIVRO

FOLHA

REGISTRO Nº

CÉDULA DE IDENTIDADE

DATA EXPEDIÇÃO

UF

DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA?

____/____/____

() Sim / () Não

CPF

CARTÃO SUS

CERTIDÃO DE ÓBITO

DATA DO ÓBITO

MATRÍCULA

____/____/____

NOME DO FILHO				
DATA NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)	
____/____/____	() M / () F			
CARTÓRIO	LIVRO	FOLHA	REGISTRO Nº	
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO	UF	DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA?	
	____/____/____		() Sim / () Não	
CPF	CARTÃO SUS			
CERTIDÃO DE ÓBITO	DATA DO ÓBITO	MATRÍCULA		
	____/____/____			

NOME DO FILHO				
DATA NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)	
____/____/____	() M / () F			
CARTÓRIO	LIVRO	FOLHA	REGISTRO Nº	
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO	UF	DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA?	
	____/____/____		() Sim / () Não	
CPF	CARTÃO SUS			
CERTIDÃO DE ÓBITO	DATA DO ÓBITO	MATRÍCULA		
	____/____/____			

NOME DO FILHO				
DATA NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)	
____/____/____	() M / () F			
CARTÓRIO	LIVRO	FOLHA	REGISTRO Nº	
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO	UF	DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA?	
	____/____/____		() Sim / () Não	
CPF	CARTÃO SUS			
CERTIDÃO DE ÓBITO	DATA DO ÓBITO	MATRÍCULA		
	____/____/____			

NOME DO FILHO				
DATA NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)	
____/____/____	() M / () F			
CARTÓRIO	LIVRO	FOLHA	REGISTRO Nº	
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO	UF	DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA?	
	____/____/____		() Sim / () Não	
CPF	CARTÃO SUS			
CERTIDÃO DE ÓBITO	DATA DO ÓBITO	MATRÍCULA		
	____/____/____			

FORMAÇÃO ACADÊMICA**CURSO DE FORMAÇÃO**

CURSO	INSTITUIÇÃO	NÍVEL	CONCLUSÃO	SITUAÇÃO
			____/____/____	
			____/____/____	
			____/____/____	

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO

CURSO	INSTITUIÇÃO	CARGA HORÁRIA	CONCLUSÃO	SITUAÇÃO
			____/____/____	
			____/____/____	
			____/____/____	

HISTÓRICO PROFISSIONAL**EMPREGOS ANTERIORES (Relacionar todos os empregos anteriores, inclusive os de vínculo público)**

EMPRESA	ADMISSÃO	DEMISSÃO
	____/____/____	____/____/____
	____/____/____	____/____/____
	____/____/____	____/____/____
	____/____/____	____/____/____

Assinatura do Servidor

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
portador(a) da Cédula de Identidade RG nº _____ e CPF nº
_____, classificado(a) no Concurso Público sob o nº _____, para
exercer o cargo de _____, declaro, sob as penas da lei e para
fins de posse no serviço público, que não fui condenado(a) em sentença irrecorrível pelos
crimes citados no § 3º do artigo 21, da Lei Complementar nº 01/2002, (roubo, homicídio
qualificado, abuso de confiança, falência fraudulenta, estelionato, falsidade ou crime
cometido contra a administração pública, segurança nacional).

Declaro, ainda, que não fui demitido(a) a bem do serviço público de cargo ou
emprego público ou destituído(a) de cargo em comissão ou função pública, no período de 5
(cinco) anos, nas esferas Federal, Estadual e Municipal.

Estou ciente de que a falsidade das informações prestadas implica em pena
de responsabilidade administrativa, civil e criminal, nos termos legais.

MAUÁ, ____/____/____.

Assinatura do Candidato



ATO DE ANÁLISE DE ACÚMULO DE CARGO

DADOS DO SERVIDOR

NOME _____

REGISTRO FUNCIONAL _____

TELEFONE DE CONTATO _____

Estatutário Efetivo Estatutário Temporário CLT Estável CLT Não Estável Bolsista

SECRETARIA: _____

LOCAL DE TRABALHO: _____

CARGO OU EMPREGO: _____

DATA DO EXERCÍCIO: ____/____/____

CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____

HORÁRIO DE TRABALHO _____

Em atendimento ao disposto no Artigo 21, §8º, da Lei Complementar nº 01, de 08 de março de 2002, e artigo 16 do Decreto Municipal nº 6.465, de 27 de agosto de 2003,

DECLARO

Exercer outro cargo, emprego ou função pública de: _____
conforme declaração e/ou atestado em anexo, constando o local de trabalho, endereço e o horário de trabalho, sendo que utilizarei _____ como meio de transporte, gastando no percurso _____ minutos.

Não exercer outro cargo, emprego ou função pública.

Exerci outro cargo, emprego ou função pública. Estou ciente de que devo entregar documento comprobatório da rescisão ou exoneração de cargo ou emprego.

Declaro estar ciente de que, em caso de alteração da situação ora declarada, devo requerer expedição de novo "Ato de Análise de Acúmulo de Cargo", onde juntarei declaração de horário o outro local de trabalho, conforme Anexo I, modelo 2 do Decreto Municipal nº 6.465/03.

Declaro, ainda, não estar em gozo de licença por auxílio-doença ou aposentado por invalidez.

Mauá, ____/____/____

Assinatura _____

PARECER DO ÓRGÃO CENTRAL DE RECURSOS HUMANOS

Considerando o disposto no Art. 16, § 4º, do Decreto Municipal nº 6.465/03, e à vista dos documentos apresentados, delibero:

Legalidade do acúmulo do cargo, emprego ou função pública declarados, devendo, ainda, ser observado, para o ato da nomeação, os intervalos mínimos entre os locais de trabalho, em conformidade com o disposto no § 3º, artigo 16, do Decreto Municipal nº 6.465/03 e suas alterações.

Negado o requerimento de acúmulo de cargo, emprego ou função pública, por não atender às exigências previstas legalmente.

Pela nomeação do candidato habilitado, tendo em vista não acumular outro cargo, emprego ou função pública.

Pela alteração de jornada.

Pela alteração de horário de trabalho.

Pela Atribuição de Carga Suplementar de Trabalho Docente – ACSTD.

Pela atribuição anual de classes/aulas, tendo em vista não acumular outro cargo, emprego ou função pública.

Mauá, ____/____/____

Assinatura _____



REQUERIMENTO - AUXÍLIO TRANSPORTE

TIPO DE REQUERIMENTO

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO NÃO OPÇÃO

AUXÍLIO TRANSPORTE

- O Auxílio Transporte constitui benefício que será concedido pela Administração a seus Servidores, para utilização efetiva em despesas de deslocamento da residência ao trabalho e vice-versa, utilizado no sistema de transporte coletivo público urbano ou interurbano, com características semelhantes aos urbanos, excluídos os meios de transporte seletivos, especiais e rodoviários;
- O Auxílio Transporte será custeado pelo Servidor até o limite de 3% (três por cento) do salário base/vencimento, e pela municipalidade, no que exceder a parcela cabida ao Servidor;
- Cabe ao servidor apurar se há vantagem e optar pelo recebimento ou não deste benefício, pois o desconto será sempre de 3% (três por cento) sobre o salário base/vencimento, ainda que os valores recebidos a título de Auxílio Transporte pelo Servidor sejam inferiores a este;
- A utilização indevida do Auxílio Transporte caracteriza falta grave, sujeitando o Servidor às penalidades previstas na Lei;
- O Auxílio Transporte será devido por dia de efetivo trabalho, no limite de 50 (cinquenta) deslocamentos mensais;
- A ocorrência de faltas, licenças ou afastamentos de qualquer natureza, implicam no desconto da respectiva quantidade de dias no mês subsequente.

DADOS DO SERVIDOR

NOME DO SERVIDOR	REGISTRO FUNCIONAL
CARGO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
LOCAL DE TRABALHO	
SECRETARIA	TEL. LOCAL DE TRABALHO

ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA / AV.	Nº
BAIRRO	
MUNICÍPIO	TEL. RESIDENCIAL TEL. CELULAR

VALES TRANSPORTE UTILIZADOS

	(*1) CÓD. TRANSP.	QTD. DIA	EMPRESA	LINHA Nº	VALOR UNITÁRIO	(*2) CÓD. DADP.
1						
2						
3						
4						
5						
6						

(*1) LEGENDA DOS CÓDIGOS DE TRANSPORTE:

OS = ÔNIBUS SIMPLES
OM = ÔNIBUS / METRÔ
EMTU = TRÓLEIBUS
MT = METRÔ
MO = METRÔ / ÔNIBUS
TS 2 = TREM SUBÚRBIO CPTM

TS 3C = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CARAPICUÍBA)
TS 3BJI = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (BARUERI / JANDIRA / ITAPEVI)
TS 3 O = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (OSASCO)
TS 3 SP = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CAPITAL)
OI = ÔNIBUS INTERMUNICIPAL

(*2) CÓDIGO DADP (PREENCHIDO NO DADP).

TERMO DE COMPROMISSO / AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO

- Para fazer uso do sistema de Auxílio Transporte, declaro que resido no endereço acima descrito, com a respectiva apresentação do comprovante de endereço, conforme disposto no artigo 4º, parágrafo único do Decreto 6894/06.
- Comprometo-me a atualizar as informações supra, anualmente ou sempre que ocorrerem alterações, e a utilizar o Auxílio Transporte que me for concedido exclusivamente quando da utilização do sistema de transporte coletivo no percurso residência-trabalho e vice-versa.
- Estou ciente de que, na hipótese de infringir tal compromisso, a Prefeitura do Município de Mauá poderá dispensar-me por Justa Causa, nos termos do artigo 7º, § 3º do Decreto nº 95.247/87, ou demitir-me em razão da aplicação das penalidades cabíveis, nos termos do disposto no artigo 7º da Lei Municipal 3901 de 29/12/2005.

AUTORIZO A CGP (COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS) A DESCONTAR MENSALMENTE DE MEUS VENCIMENTOS, ATÉ O LIMITE DE 3% (TRÊS POR CENTO) DO MEU SALÁRIO, O VALOR DESTINADO A COBRIR O PAGAMENTO DO AUXÍLIO TRANSPORTE POR MIM UTILIZADO.

Mauá, ____ de ____ de ____
Servidor (Assinatura)



CONVÊNIO MÉDICO - TERMO DE OPÇÃO

DADOS DO SERVIDOR				
NOME DO SERVIDOR				REGISTRO FUNCIONAL
CPF	DATA DE NASCIMENTO	TEL RESIDENCIAL	TEL CELULAR	SECRETARIA
LOCAL DE TRABALHO				TEL. LOCAL DE TRABALHO

TIPO DE REQUERIMENTO	
<input type="checkbox"/> OPÇÃO PELO CONVÊNIO MÉDICO	<input type="checkbox"/> NÃO OPÇÃO PELO CONVÊNIO MÉDICO

EMPRESA CONTRATADA
Santo André Planos de Assistência Médica LTDA (MEDICAL HEALTH)

TIPO DE PLANO	
<input type="checkbox"/> FAMILIAR BÁSICO: R\$ 210,94	<input type="checkbox"/> FAMILIAR SUPERIOR: R\$669,03

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- DO TITULAR = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF; 01 Cópia do Comprovante de Residência e 01 Cópia do cartão do SUS.
 - DO CÔNJUGE = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF; 01 Cópia da Certidão de Casamento e 01 Cópia do cartão do SUS.
 - DE FILHO(A) MENOR DE 21 (VINTE E UM) ANO = 01 Cópia da Certidão de Nascimento, 01 Cópia do RG, 01 Cópia do CPF e 01 Cópia do cartão do SUS.
 - DE FILHO(A) MAIOR QUE 21 ANOS QUE ESTEJA CURSANDO FACULDADE E DESEJE UTILIZAR O CONVÊNIO MÉDICO ATÉ COMPLETAR 23 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF, 01 Cópia do Cartão do SUS e 01 Cópia da Declaração de Matrícula na Faculdade.
 - DO(A) COMPANHEIRO(A), QUANDO POSSUÍREM FILHOS EM COMUM = 01 Cópia do RG, 01 Cópia do CPF, 01 Cópia do cartão do SUS e Cópia da Certidão de Nascimento / RG do(s) filho(s) em comum.
 - DO(A) COMPANHEIRO(A), QUANDO NÃO POSSUÍREM FILHOS EM COMUM = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF e 01 Cópia de Escritura Pública de Convivência, solicitada em Cartório, comprovada convivência mínima de 2 anos e 01 Cópia do cartão do SUS.
- * As cópias do RG e do CPF podem ser substituídas pela cópia da CNH.

*** TODOS DEVERÃO PREENCHER A DECLARAÇÃO DE SAÚDE (Disponível no PORTAL DO SERVIDOR e/ou na Recepção do RH)**

DEPENDENTES (1)			
1	NOME DO DEPENDENTE		DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO
	NOME DA MÃE		
2	NOME DO DEPENDENTE		DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO
	NOME DA MÃE		
3	NOME DO DEPENDENTE		DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO
	NOME DA MÃE		
4	NOME DO DEPENDENTE		DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO
	NOME DA MÃE		

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro estar ciente:

- No ato da admissão, o Servidor tem prazo de **30 dias**, para opção da adesão na Categoria de Assistência Médica e o **mesmo prazo**, a partir da data que o dependente adquirir o direito ao uso do Convênio Médico para incluí-lo(s), caso contrário, deverá **cumprir os prazos de carência** estipulados em contrato e preencher a Declaração de Saúde.
- Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade da Categoria de Assistência Médica escolhida, de acordo com a opção acima assinalada.
- Em caso de **Faltas Injustificadas**, com mais de 20 dias consecutivos, será suspenso o uso do Convênio Médico.
- Que ao requerer **quaisquer licenças concedidas com prejuízo de vencimentos** terá sua opção pelo uso do Convênio Médico **excluída** e nova inclusão estará sujeita ao cumprimentos de carências estipulados em contrato.

Mauá, ____ de ____ de ____ Servidor (Assinatura)

PARA USO DO DADP

Deliberamos pela:

Concessão do Benefício.

Não Concessão. Motivo: _____

Obs.: _____

Responsável _____ Registro func. _____ Data ____ / ____ / ____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nome do beneficiário titular: _____

Contrato: _____

Entrevista qualificada:

Faça a opção dentre uma das condições:

1. Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo e que, tendo conhecimento de todos os itens deste instrumento optei por não fazer a Entrevista Qualificada (EQ) com o auxílio de Médico Orientador, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas na Declaração de Saúde (DS); **OU**
2. Declaro que optei pelo preenchimento da Declaração de Saúde (DS) com o auxílio do Médico Orientador indicado pela MEDICAL HEALTH, sem ônus financeiro para mim, para a realização da Entrevista Qualificada (EQ) e a orientação para o preenchimento da minha Declaração de Saúde (DS) e de meus dependentes; **OU**
3. Declaro que optei pelo preenchimento da Declaração de Saúde (DS) com o auxílio do Médico Orientador de minha livre escolha e confiança, não indicado pela MEDICAL HEALTH, para auxiliar-me, estando ciente de que assumirei integralmente o ônus financeiro desta minha opção, sem direito a nenhuma espécie de reembolso.

O preenchimento do formulário deverá ser feito pelo Proponente de próprio punho, sem rasuras, independente do auxílio do médico orientador.

Em caso de resposta afirmativa, especifique no Quadro Descritivo, utilizando **S (sim)** ou **N (não)**.

Item	Sabe ser portador de:	Titular	Dependentes				
			1	2	3	4	5
201	Doenças do aparelho cardiocirculatório (pressão alta, angina, infarto, derrames, arritmias, entre outras)? Especificar.						
202	Doenças das veias ou artérias (varizes, trombozes, hemorróidas, aneurisma, entre outras)? Especificar.						
203	Doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, tireóide, obesidade mórbida, entre outras)? Especificar.						
204	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfizema, entre outras)? Especificar.						
205	Doenças do aparelho digestivo (esôfago, estômago, fígado, vesícula biliar, pâncreas, intestinos, entre outras)? Especificar.						
206	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)? Especificar.						
207	Doenças renais ou da bexiga (cálculos, infecções urinárias, nefrites, insuficiência renal, entre outras)? Especificar.						
208	Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, pênis)? Especificar.						
209	Doenças ginecológicas e das mamas (períneo, HPV, nódulo de mama, cisto de ovário, mioma, endometriose, entre outras)? Especificar.						

Item	Sabe ser portador de:	Titular	Dependentes				
			1	2	3	4	5
210	AIDS ou é portador do vírus HIV? Especificar.						
211	Doenças do sangue (anemias, leucemias, hemofilia, linfomas, entre outras)? Especificar.						
212	Doenças ou tumorações malignas (câncer) ou benignas? Especificar.						
213	Doenças reumáticas ou colagenosas (artrites, febre reumática, lupus, entre outras)? Especificar.						
214	Doenças neurológicas (epilepsia, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, esclerose múltipla, entre outras)? Especificar.						
215	Doenças da pele (psoríase, dermatites, entre outras)? Especificar.						
216	Doenças infectocontagiosas (hepatite, tuberculose, entre outras)? Especificar.						
217	Problemas ortopédicos (artrose, hérnia de disco, fraturas, entre outras)? Especificar o local do corpo.						
218	Doenças ou malformações congênitas ou hereditárias? Especificar.						
219	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, problemas ou alterações de retina, entre outras)? Especificar.						
220	Doenças dos ouvidos, nariz ou garganta (diminuição da audição, pólipos, tumores, desvio de septo, problemas de adenóide, entre outras)? Especificar.						
221	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)? Especificar.						
222	Realiza diálise ou hemodiálise? Especificar.						
223	Realiza quimioterapia, branquioterapia ou radioterapia? Especificar.						
224	Possui marcapasso ou outra prótese interna (pinos, placas, parafusos, entre outros)? Especificar.						
225	Transtorno de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, entre outras)? Especificar.						
226	Sofre de alguma doença não mencionada acima?						
227	Alguma internação/cirurgia?						

Quadro de Peso e Altura

	Titular	Dependentes				
		1	2	3	4	5
Peso (kg)						
Altura (m)						



DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

Formulário de declaração de bens e valores para servidores dispensados da apresentação da Declaração Anual de Imposto de Renda Pessoa Física à Receita Federal do Brasil

Eu, _____, Registro Funcional _____, portador do CPF _____, ciente dos termos da Lei Federal nº 8.429, de 02/06/1992, declaro que estou dispensado de apresentar a Declaração Anual de Imposto de Renda Pessoa Física à Receita Federal do Brasil, bem como que:

Não possuo bens e valores

Apresento a Declaração de Bens e Valores que compõem o meu patrimônio:

Item	Discriminação	Valor

Mauá, ____ de _____ de _____

Assinatura

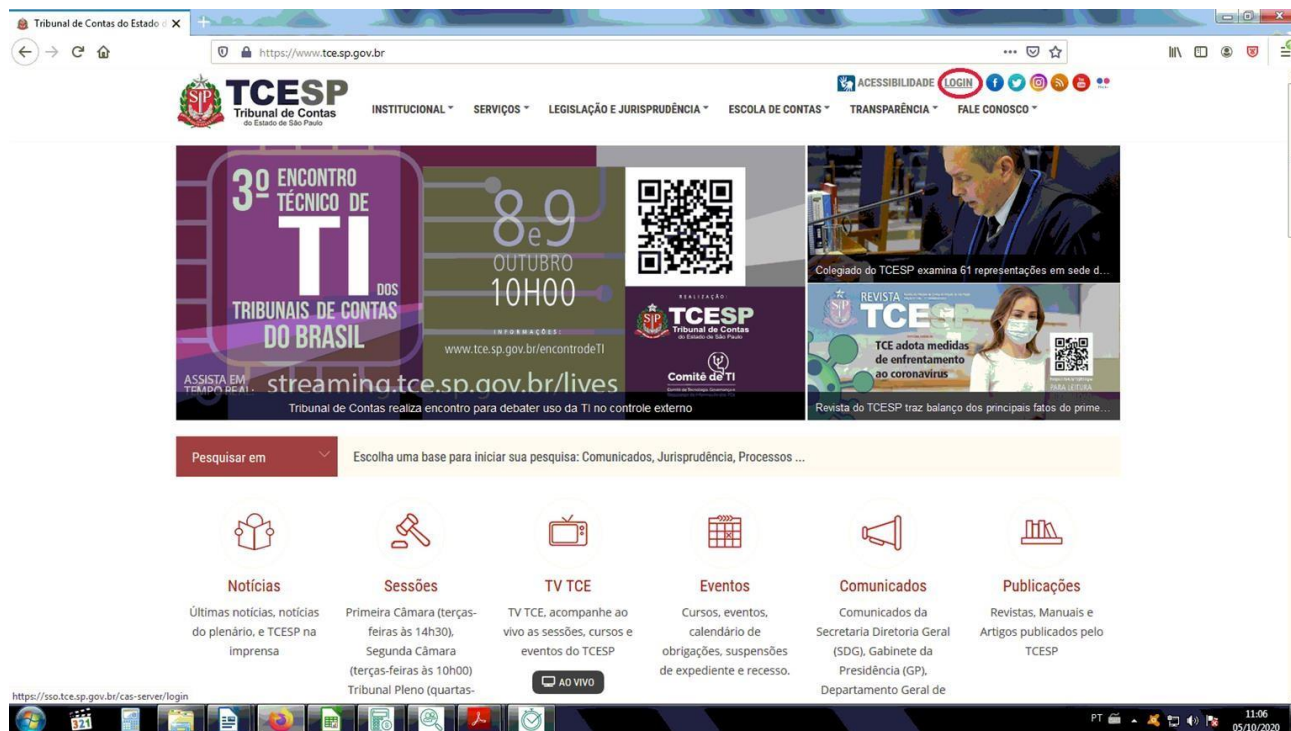
Recebido em: ____/____/____

Carimbo/Nome/Assinatura/RF
Gerência de Gestão e Desenvolvimento em RH

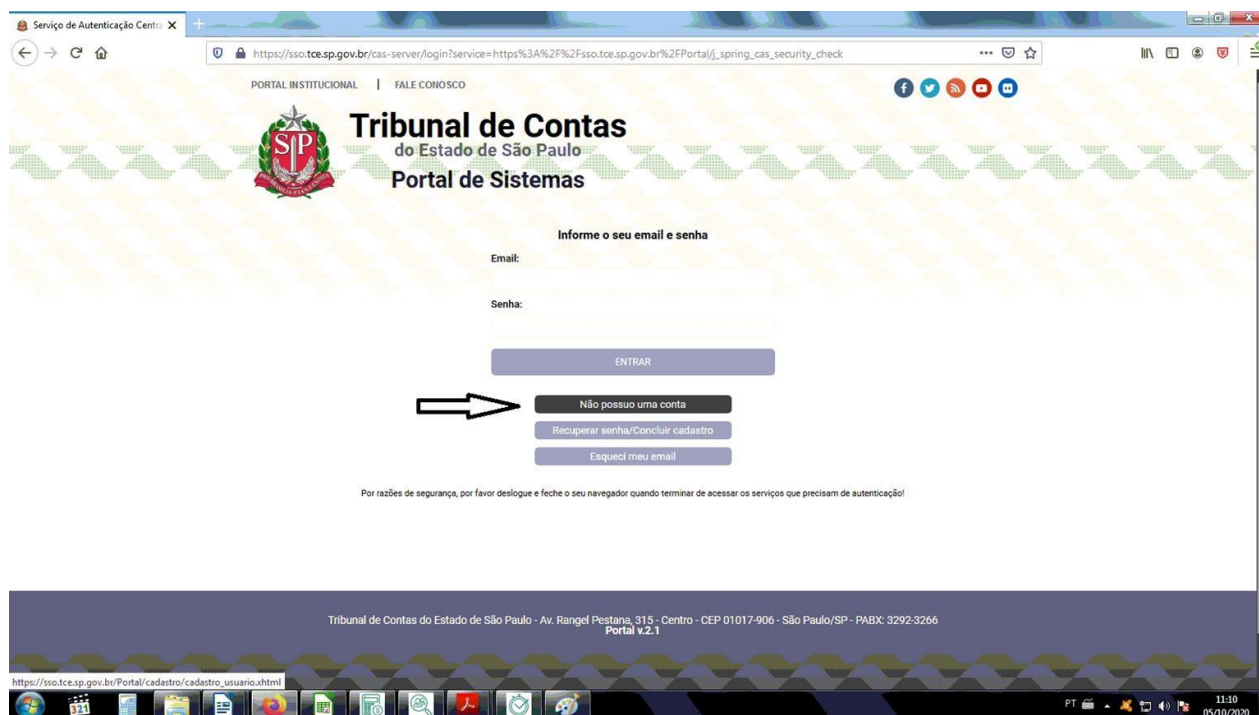
MANUAL DE ORIENTAÇÃO

CADASTRO NO CadTCESP (Obrigatório para todos os servidores concursados e contratados a partir de 22/09/2020)

1. Acessar o site <http://www.tce.sp.gov.br>
2. Clicar em **login** (em destaque)



3. Clicar em “Não possui uma conta”



4. Preencher os campos

The screenshot shows the 'Cadastro de Usuário' (User Registration) form on the website of the Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. The form includes the following fields and elements:

- Navigation links: PORTAL INSTITUCIONAL, FALE CONOSCO, MINHA CONTA, LOGIN.
- Logo of the Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.
- Section: **Cadastro de Usuário**
- Notice: OBS.: Caso já possua uma conta atrelada ao seu CPF, acesse o Portal e proceda com a alteração do e-mail na opção Minha Conta disponível na barra superior.
- Fields: Nome: *, Email: *, Confirma E-mail: *, CPF: * (with mask 000.000.000-00).
- reCAPTCHA: Não sou um robô (checkbox), reCAPTCHA logo, and a link to Privacy Policy/Terms.
- Instruction: Preencha a caixa acima antes de prosseguir.
- Buttons: Voltar (Back), Cadastrar (Register).

5. Clicar no botão “Cadastrar”.

6. Você será direcionado à seguinte página, onde você deverá preencher todos os dados solicitados.

The screenshot shows the 'Cadastro TCESP' (TCESP Registration) user profile page. The page displays the following information and options:

- Page Title: Cadastro TCESP
- Navigation: Início / Dados Pessoais / Edição de Dados
- Left Sidebar: Edição de Dados, Saír, and the TCESP logo (Versão 1.3.39).
- Main Content Area: Tabs for DADOS PESSOAIS, DOCUMENTOS PESSOAIS, TELEFONES, E-MAILS, and ENDEREÇOS.
- Form Fields:
 - Nome: YUKA AKAGUI
 - Data de Nascimento: 10/06/1966
 - Sexo: Feminino
 - Nome Social: (empty)
 - Identidade de Gênero: Mulher
- Consentment: Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD, declaro que li e concordo com a Política de Privacidade do TCESP.
- Buttons: EDITAR DADOS, GERAR CERTIFICADO, SAIR.

6. Após inclusão de todos os dados solicitados, clicar em “Gerar Certificado”.